



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

**MODIFICACIONES LEGALES PROPUESTAS  
EN LA LEY LARGA DE ISAPRES**

**Departamento de Estudios y Desarrollo  
Superintendencia de salud**

**Santiago, Marzo de 2005**

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

### MODIFICACIONES LEGALES PROPUESTAS EN LA LEY LARGA

|   |   |    |
|---|---|----|
| 1 | <b>Requerimiento Información Médica por parte de la Isapre.....</b>   | 4  |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 2 | <b>Requerimiento de Información Médica por parte de la SIS.....</b>   | 5  |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 3 | <b>Mayor Información a Disposición del Beneficiario.....</b>  | 5  |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 4 | <b>Mecanismos de Variación de los Precios:<br/>Banda para las Alzas de Precio y Tablas de Factores.....</b> | 6  |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 5 | <b>Planes en 7%.....</b>  | 10 |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 6 | <b>Adecuación de Planes por Precio.....</b>   | 10 |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 7 | <b>Derechos de los Beneficiarios en el Caso de una<br/>Cancelación Voluntaria de Registro.....</b>          | 11 |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |
| 8 | <b>Beneficios por Fallecimiento del Cotizante y<br/>Cambio de Condición de las Cargas.....</b>              | 12 |
|   | Problema  |    |
|   | Propuesta   |    |
|   | Impactos  |    |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>9</b>  | <b>Regular y Supervisar a los Agentes de Ventas.....</b>   | <b>13</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>10</b> | <b>Aumento del Tope de las Multas.....</b>   | <b>14</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>11</b> | <b>Integración Vertical y Normas Relativas a la<br/>Modalidad de Atención con Prestadores Preferentes.....</b> | <b>15</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>12</b> | <b>Modalidad de Otorgamiento de los Beneficios.....</b>  | <b>17</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>13</b> | <b>Normas sobre Integridad.....</b>  | <b>19</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>14</b> | <b>Causales de Término del Contrato.....</b>   | <b>20</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>15</b> | <b>Ampliación del Plazo de Carencia para Preexistencias Declaradas.....</b>                                    | <b>21</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>16</b> | <b>Exclusiones.....</b>  | <b>21</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |
| <b>17</b> | <b>Fondo de Compensación Interisapres.....</b>   | <b>23</b> |
|           | Problema   |           |
|           | Propuesta  |           |
|           | Impactos   |           |

## MODIFICACIONES LEGALES PROPUESTAS EN LA LEY LARGA

Con la llamada Ley Larga, actualmente en discusión en el Congreso, se pretende introducir cambios legales que permitirían avanzar hacia la solución de los problemas que aún presenta el sistema de isapres. En ella se tratan, entre otros, temas como los mecanismos de variación de los precios (tablas de factores), los agente de ventas, la continuidad de beneficios en el caso de fallecimiento del cotizante y cuando un beneficiario pasa a ser cotizante, el aumento de los topes de las multas, la necesidad de mayor información a disposición del beneficiario, la adecuación de planes por precio, las definiciones de exclusiones, las nuevas normas sobre integridad de los propietarios de isapres, las normas relativas a la modalidad de atención con prestadores preferentes y las causales de término del contrato. Estos se presentan a continuación, analizándose la problemática que los origina y las soluciones propuestas.

### 1 Requerimiento de Información Médica por parte de la Isapre

#### Problema

En la actualidad los planes de salud incorporan una cláusula en letra pequeña que autoriza a la isapre a requerir información clínica y médica, esencial para la evaluación de una adecuada cobertura. Sin embargo, por una parte, no existe una toma de conciencia por parte del afiliado cuando entrega este poder a la isapre y, por otra, al no tratarse de una regla común para todo el sistema, con tiempos de respuestas especificados, puede transformarse en un proceso engorroso que en algunos casos depende de la buena voluntad de los prestadores médicos en responder en un lapso razonable.

#### Propuesta

La propuesta es que cada vez que un beneficiario solicite a una isapre un beneficio en virtud de un contrato, que esta solicitud faculte de la manera más amplia a la isapre para requerir de el o los prestadores de salud, públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para la determinación de la procedencia o el monto del beneficio solicitado.

Si la isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la isapre informará de tal circunstancia al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia. El médico cirujano que se designe deberá estar inscrito en un registro que la Superintendencia llevará para estos efectos.

El o los prestadores de salud deberán dar cumplimiento a la solicitud de información de la Superintendencia, y deberán permitir la revisión de la ficha clínica, dentro del plazo de cinco días hábiles. La isapre deberá mantener la información recibida en reserva, de acuerdo a lo dispuesto en la ley N° 19.628.

#### Impactos

Se regula el proceso de solicitud de información con plazos para prestadores médicos y facultades para la isapres claramente establecidos, corrigiéndose la situación actual al dar reglas comunes para todas las isapres.

## **2 Requerimiento de Información Médica por parte de la SIS**

### **Problema**

En la actualidad, la SIS no cuenta con las atribuciones legales para obligar a los prestadores a entregar información clínica de sus pacientes necesaria para la evaluación de la procedencia de ciertas coberturas.

### **Propuesta**

La Superintendencia contará con atribuciones para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto a la procedencia de beneficios previsionales regulados por la presente ley. La Superintendencia deberá tomar los resguardos necesarios para mantener la confidencialidad de la ficha clínica.

Asimismo, las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o en prestaciones otorgadas serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.

### **Impactos**

Se regula el proceso de solicitud de información por parte de la SIS hacia los prestadores de salud, dejando claramente establecido qué tipo de información se puede solicitar y en qué plazo los prestadores deben responder.

## **3 Mayor Información a Disposición del Beneficiario**

### **Problema**

Actualmente, no existe reglamentación respecto a la información que es obligación de la isapre de mantener a disposición del público.

### **Propuesta**

Las instituciones deberán mantener a disposición del público en general y de sus beneficiarios, los siguientes antecedentes:

- 1.- Nombre o razón social e individualización de sus representantes legales;
- 2.- Domicilio, agencias y sucursales;
- 3.- Fecha de su registro en la Superintendencia;
- 4.- Duración de la sociedad;
- 5.- Balance general del último ejercicio y los estados de situación que determine la SIS;
- 6.- Estándar de patrimonio, índice de liquidez y monto de la garantía;
- 7.- Multas aplicadas por la SIS en el último trienio, con indicación del monto y el motivo;
- 8.- Nómina de los agentes de ventas de la isapre correspondiente por ciudad.
- 9.- Planes de salud en comercialización, con sus precios base, tabla de factores, prestaciones y beneficios. En el caso de los beneficiarios, las isapres siempre deberán estar en condiciones de entregar dicha información respecto de sus planes.

Esta información podrá constar en medios electrónicos o impresos, o en ambos, total o parcialmente, y deberá actualizarse periódicamente de acuerdo a lo que señale la Superintendencia.

### **Impactos**

Se regula la información mínima que la isapre debe mantener disponible a sus beneficiarios y en qué medios se puede facilitar de forma de fijar ciertos estándares en la información entregada.

## **4 Mecanismos de Variación de los Precios: Banda para las Alzas de Precio y Tablas de Factores**

### **Problema**

En la actualidad existe la posibilidad de aplicar cualquier alza de precios a un plan específico en la medida que ésta sea aplicada a toda la cartera adscrita a él. Esta norma, sumada a la posibilidad de crear cuantas tablas de factores sean necesarias, determina un gran poder negociador para las isapres sobre los cotizantes.

Por otra parte, los cautivos por edad y/o enfermedad, que no se acerquen a la Superintendencia a reclamar por las alzas que enfrentan, dadas las condiciones actuales de la normativa, están desprotegidos y son discriminados, esto último, en relación a los cotizantes cautivos que, por contar con mejor información, mayores habilidades o incluso simplemente con el tiempo necesario para reclamar, sí alegan ante la SIS.

### **Propuesta**

Según la redacción actual del proyecto de ley, el precio que enfrente cualquier cotizante será el resultado de la suma de dos precios claramente identificados: el del Régimen de Garantías de Salud y el del Plan Complementario, que incluiría la Cobertura del Fonasa en la Modalidad de Libre Elección (CMLE) y el SIL.

Respecto del primero, su valor estará limitado por el valor de una prima única por isapre. Respecto al Plan Complementario, las isapres podrán adecuar libremente los precios<sup>1</sup>, no obstante, esta adecuación de precios quedará regulada.

Por otra parte, la libertad de las isapres para cambiar los precios base de los planes de salud en los términos del inciso tercero del artículo 38 de esta ley, se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Antes del 31 de marzo de cada año, las isapres deberán informar a la Superintendencia el precio base, expresado en unidades de fomento, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes al mes de enero del año en curso y sus respectivas carteras a esa fecha.

Para expresar en unidades de fomento los precios base de los planes de salud que se encuentren establecidos en moneda de curso legal, las isapres utilizarán el valor que dicha unidad monetaria presente al 31 de diciembre del año anterior.

2.- En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a un 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva isapre, ni inferiores a 0,7 veces dicho promedio.

El promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precio base se calculará sumando las variaciones de precio de cada uno de los planes cuya anualidad se cumpla en los meses señalados en el párrafo anterior, ponderadas por el porcentaje de participación de su cartera respectiva en la suma total de beneficiarios de estos contratos. En ambos casos se considerará la cartera vigente al mes de enero del año en curso.

3.- Asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive, deberá ajustarse a la regla indicada en el párrafo primero del numeral 2 precedente al cumplirse la anualidad respectiva.

---

<sup>1</sup> El precio será adecuado a condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan.

4.- La isapre podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, a que alude el numeral 2, es igual o inferior a 2%. Dicha opción deberá ser comunicada a la Superintendencia en la misma oportunidad a que alude el numeral 1 de este artículo.

5.- En ningún caso las isapres podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.

6.- Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla, en el periodo indicado en el numeral dos.

Corresponderá a la Superintendencia fiscalizar el cumplimiento de esta norma, pudiendo dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente, sin perjuicio de aplicar las sanciones que estime pertinentes, todo lo cual será informado al público en general, mediante publicaciones en diarios de circulación nacional, medios electrónicos u otros que se determine.

Lo señalado en los incisos precedentes no será aplicable a los contratos de salud previsional cuyo precio se encuentren expresados en un porcentaje equivalente a la cotización legal.

Dado que, uno de los pilares en que se funda la regla de variación de precios base, dice relación con la obligación de que todos los precios suban dentro de la banda fijada en la ley, la consecuencia lógica es que debe suprimirse de la ley la posibilidad de que un afiliado pueda renunciar al desahucio.

En efecto, la ley vigente dice que los contratos de salud son indefinidos pero que siempre el afiliado, transcurrido un año de vigencia del contrato, puede desahuciarlo cuando desee, salvo que haya renunciado a esa posibilidad.

Si un afiliado renuncia a la posibilidad de desahuciar su contrato por un determinado tiempo, ello trae como consecuencia que la isapre renuncia a la posibilidad de adecuar el precio por ese plazo.

Este último efecto es incompatible con la regla que se propone de variación.

No obstante, hoy en día existen renunciaciones al desahucio, por lo que deberá regularse el impacto de la nueva ley en esos contratos, permitiéndoles su vigencia hasta que se extinga el plazo de renuncia.

La renuncia a desahuciar los contratos de salud por un tiempo determinado que, a la fecha de vigencia de esta ley, hayan pactado los afiliados y las Instituciones de Salud Previsional, se mantendrá hasta la llegada del plazo respectivo.

En tales casos, las adecuaciones de los precios base que las isapres efectúen en los términos del artículo 38 bis de la ley N° 18.933, no considerarán los contratos de salud a que se refiere el inciso precedente para los efectos de determinar el promedio ponderado de las variaciones hasta la anualidad en que cese la renuncia. Asimismo, una vez que haya transcurrido el plazo, el precio base que se utilice para la determinación del precio final del respectivo contrato, será el vigente para el plan de que se trate en ese momento, sin que puedan existir, para un mismo plan, distintos precios base.

Por otra parte, la determinación del precio que el afiliado deberá pagar a la isapre por el plan de salud, será el resultado de aplicar a los precios base, el o los factores que correspondan a cada beneficiario, de acuerdo a la respectiva tabla de factores, las que quedarán reguladas por la Superintendencia. Este organismo fijará, mediante instrucciones de general aplicación, la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar. Sin embargo, queda especificado en la Ley que cada rango de edad que fije la Superintendencia en las instrucciones señaladas, se sujetarán a las siguientes reglas:

- 1.- El primer tramo irá desde el nacimiento y hasta menos de dos años de edad;
- 2.- Lo siguientes tramos desde los dos años de edad y hasta menos de ochenta años de edad, comprenderán un mínimo de tres años y un máximo de cinco años;
- 3.- La Superintendencia fijará, desde los ochenta años de edad, el o los tramos que correspondan.
- 4.- La Superintendencia deberá fijar, cada diez años, la relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla, diferenciada por sexo. La primera restricción será de 9 veces entre el factor más alto y el más bajo en las mujeres y 14 veces en los hombres.
- 5.- En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

En este contexto, las isapres serán libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores y las isapres no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Sin embargo, las isapres podrán establecer nuevas tablas cada cinco años contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

Las isapres estarán obligadas a aplicar desde el mes en que se cumpla la anualidad y de conformidad con la respectiva tabla, el aumento o la reducción de factor que corresponda a un beneficiario en razón de su edad, y a informar al cotizante respectivo mediante carta certificada expedida en la misma oportunidad a que se refiere el inciso tercero del artículo 38.

### **Impactos**

Se analizó una muestra de 495.521 cotizantes, entre diciembre de 2003 y diciembre de 2004, los que contaban con las siguientes características: permanecieron en la misma isapre y en el mismo plan durante todo el período, han mantenido su número de cargas, no pertenecían a planes grupales y contaban con información referida a cotización pactada, al menos en las fechas de inicio y de término del período. Cabe señalar que estas medidas no incorporan a los planes grupales, ni aquellos cuyo precio se fija al 7%. En el corto plazo tampoco incorporan a los planes en los que el cotizante hizo renuncia al desahucio.

Se clasificaron en cotizantes beneficiados, aquéllos cuya alza registrada en dicho período fue mayor a 1,3 veces la media de su isapre. Se clasificaron como cotizantes indiferentes aquéllos cuyas alzas fueron mayores a 0,7 veces la media de su isapre y menores a 1,3 veces la media de su isapre. Los cotizantes perjudicados fueron aquéllos cuyas alzas de precios fueron mayores al



2% y menores a 0,7 veces la media de su isapre. Existe un grupo de cotizantes que no necesariamente serán perjudicados, son aquellos potenciales beneficiados para los cuales el alza de precios fue inferior al 2%, que según la normativa no será obligación aplicarla. Cabe señalar que las isapres muchas veces optan por no hacer efectivas estas alzas, ya que el proceso de enviar la información al cotizante es más costoso que lo que podría recuperar en cotizaciones adicionales. El resultado de esta clasificación es el siguiente:

| Aplicación de la regulación del alza de precio para cotizantes en los meses de dic'2003 - dic'2004<br>Artículo 38 bis |   |            |
|---|---|------------|
| Situación al aplicar la ley   | Límite Aplicado   | Porcentaje |
| Beneficiados  | Mayor a 1,3 Veces la Media de la Isapre                     | 26%        |
| Indiferentes  | Mayor a 0,7 Veces y Menor a 1,3 Veces la Media de la Isapre | 7%         |
| Perjudicados  | Mayor a 2% y Menor a 0,7 Veces la Media de la Isapre        | 3%         |
| Potenciales Beneficiados  | Menor o Igual a 2%  | 63%        |

Fuente: Superintendencia de Isapre, archivo maestro de beneficiarios dic'2003, dic'2004

Con respecto a la modificación en la tabla de factores, de haberse aplicado esta medida en 2004 los efectos sobre la cartera habrían sido los siguientes:

#### Tablas de Factores Desajustadas Cartera de Diciembre de 2003

| Isapre                      | Total Tablas | Total Planes  | Participación Cotizantes |
|-----------------------------|--------------|---------------|--------------------------|
| <b>Todas</b>                | <b>2.358</b> | <b>43.234</b> | <b>100%</b>              |
| <b>Ajustados</b>            | <b>2.274</b> | <b>35.546</b> |                          |
| <b>Proporción del total</b> | <b>96,4%</b> | <b>82,2%</b>  | <b>73,1%</b>             |
| <b>Desajustados</b>         | <b>117</b>   | <b>7.022</b>  |                          |
| <b>Proporción del Total</b> | <b>5,0%</b>  | <b>16,2%</b>  | <b>18,0%</b>             |

Fuente: Archivo Maestro de Planes dic.2003

Esto quiere decir que, del total de isapres del mercado sólo 117 tablas estaban desajustadas, lo que corresponde a 7.022 planes distintos, es decir con factores más allá de los límites establecidos por la ley tanto para hombres y como para mujeres. Esto determina que el 18% de la cartera de cotizantes de todas las isapres, se habría visto potencialmente afectado por estar en un plan con una tabla de factor que contiene factores superiores a los límites establecidos de 9 veces entre el factor mayor y el menor para los mujeres y 14 veces el pivote para el caso de los hombres.

Por otra parte, el hecho que se limite la posibilidad de crear tablas de factores a sólo dos cada 5 años, permitirá reducir en el tiempo el número de éstas en la medida que los planes actuales queden sin cotizantes, lo que permitiría eliminar del mercado planes con tablas con formato antiguo. Cabe destacar que en 2003 el número de tablas de factores vigentes era el siguiente:

#### Tablas de Factores Base: Diciembre 2003

|                    | Comercializadas | No Comercializadas | Totales       |
|--------------------|-----------------|--------------------|---------------|
| <b>I. Abiertas</b> | <b>317</b>      | <b>1.575</b>       | <b>1.892</b>  |
| <b>I. Cerradas</b> | <b>172</b>      | <b>294</b>         | <b>466</b>    |
| <b>Sistema</b>     | <b>489</b>      | <b>1.869</b>       | <b>2.358</b>  |
|                    | <b>20,7%</b>    | <b>79,3%</b>       | <b>100,0%</b> |

Fuente: Archivo Maestro de Planes dic.2003

## 5 Planes en 7%

### Problema

En la actualidad existe plena libertad para cobrar por un plan su precio expresado como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. Esto implica por una parte que en la medida que las rentas varían también lo hace el valor del aporte que hace el beneficiario. Como por lo general las remuneraciones de una persona crecen en el tiempo, existen incrementos en los aportes que no quedan reflejados en mayores beneficios para el afiliado o su grupo familiar. Por otra parte, esta forma de tarificar los planes determina que a largo plazo existen tantos planes como 7% son posibles, determinándose una herramienta más de discriminación cuyo efecto el afiliado no puede evaluar.

### Propuesta

Sólo procederá expresar el precio del plan como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, en el caso de los contratos de isapres cerradas y en aquellos de isapres abiertas celebrados por dos o más trabajadores en que se hayan convenido beneficios distintos a los que se podría obtener con su sola cotización individual.

Si el precio del plan está pactado en unidades de fomento o como porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, deberá expresarse, además, su equivalencia en moneda de curso legal a la fecha de suscripción del contrato, sólo como referencia para el momento de comparar planes.

### Impactos

Con esta normativa se evita la proliferación de planes con precios diferentes como consecuencia de los cambios en el ingreso de cada cotizante adscrito y se evita que exista un incremento de precios que no guarda relación con alzas en costos o con cambios en los beneficios otorgados.

## 6 Adecuación de Planes por Precio

### Problema

La normativa actualmente vigente, otorga a las isapres una facultad muy amplia para adecuar los contratos, dándoles la posibilidad de modificar en forma simultánea todas las variables sustanciales del plan, siendo éstas, el precio, los beneficios o ambas, pudiendo incluso alterar la modalidad de atención, la tabla de factores, el arancel y los prestadores asociados al plan. Todas ellas variables que podrían ser modificadas en una sola adecuación, configurando en la práctica, productos muy distintos a los originalmente pactados por los afiliados, quienes tienen serias dificultades para evaluar si las nuevas condiciones propuestas difieren significativamente de las estipuladas en el plan contratado originalmente.

Más aún, la adecuación de planes se da en algunas isapres de forma más encubierta a través de menores beneficios, ya sea por medio de una reducción en los precios incluidos en los aranceles o a través de una menor cobertura efectiva al no mantenerse la relación entre los precios del arancel y los de mercado. Todo esto contribuyendo a una menor transparencia en el sistema.

La complejidad que puede alcanzar, en algunas ocasiones, el proceso de adecuación es manifiesta. Sin embargo, hay que considerar la tendencia actual observada en la industria en materia de adecuaciones de contratos, que indica que, en su mayoría, las isapres se orientan a adecuar sus planes, ajustando sólo el precio de los mismos<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Según información a septiembre de 2002, un 85,8% de los planes adecuados, presentan una adecuación sólo por precios, situación que no debería ser muy distinta a la fecha.

## Propuesta

Considerando que la simplificación de este proceso genera ventajas para todos los actores involucrados, esto es, facilita a los afiliados la toma de decisiones; hace más simple la fiscalización por parte de la Superintendencia y hace menos compleja la información que las isapres deben remitir a los afiliados, es que se ha propuesto restringir la facultad otorgada a las isapres para adecuar los precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios de un plan de salud, circunscribiéndola sólo a la modificación del precio.

La propuesta se orienta a establecer en la ley que las adecuaciones de los contratos de salud consideren sólo un ajuste de la variable precios, sin que se puedan alterar las demás condiciones del plan originalmente pactado. Lo anterior, sin perjuicio que las isapres puedan ofrecer alternativamente a sus afiliados un plan que mantenga el precio, pero con beneficios menores.

En tal sentido, se postula modificar el inciso tercero del artículo 38 de la Ley N°18.933, eliminando la facultad actual que tienen las isapres para modificar -además del precio- las prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios, impidiendo así que se produzca la adecuación simultánea de más de una de las variables aludidas. Lo anterior, conservando la disposición del inciso 5° del referido artículo, que indica mantener la relación de precios por sexo y edad que hubiere sido establecida en el contrato original, normativa que queda establecida en el artículos 38 bis nuevo.

La modificación señalada, asume también que las isapres disponen, de entre los planes en comercialización, de planes alternativos que deberían considerar condiciones equivalentes en el precio base con respecto al plan vigente<sup>3</sup> y beneficios distintos, los que deberán ofrecer a todos los miembros del plan cuyo precio se adecua, siendo pactados de común acuerdo.

## Impactos

Con esta regulación se evitan las adecuaciones de planes poco claras y discriminatorias entre los cotizantes de un mismo plan, ya que se establece la necesidad de adecuar por precio, manteniendo la posibilidad de ofrecer adicionalmente, a todos los afiliados de un mismo plan, alternativas de planes que mantengan el precio base actual con beneficios distintos.

## 7 Derechos de los Beneficiarios en el Caso de una Cancelación Voluntaria de Registro

### Problema

En la actualidad, de producirse una fusión entre isapres o el traspaso de la cartera a otra isapre no existen derechos definidos para los beneficiarios involucrados y tampoco existe un procedimiento claro para que la isapre que cierre su registro establezca ante la Superintendencia las deudas que le son exigibles por cotizantes, prestadores, y otros actores del sistema.

### Propuesta

La isapre que solicite la cancelación de su registro deberá presentar a la Superintendencia una declaración jurada, reducida a escritura pública, en la que deberá detallar las obligaciones actualmente exigibles que mantiene con la Superintendencia, los cotizantes, sus cargas, beneficiarios, prestadores de salud y aquellas, que por concepto de transferencias del Fondo de Compensación Solidario, mantiene con otras isapres.

---

<sup>3</sup> Se alude a la cotización pactada, por cuanto, los planes pueden tener un mismo precio base pero una tabla de factores diferente que haga variar sustancialmente el monto final de la prima. Al respecto, se está evaluando la posibilidad de introducir una tabla de factores de riesgo única, a lo menos, por isapre.

Conjuntamente con la presentación de la solicitud, la Institución deberá comunicar a sus cotizantes y beneficiarios, de acuerdo a los plazos y procedimientos que fije la Superintendencia, su intención de cerrar el registro.

Con todo, previo a la aprobación de la solicitud, la Institución deberá acreditar la aceptación por otra Institución de la totalidad de sus contratos de salud, incluyendo a todos sus afiliados y beneficiarios, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 ter.

No será necesaria la presentación de una declaración jurada cuando la institución acredite que la solicitud de cierre de registro se ha originado por una fusión de dos o más isapres, de acuerdo al artículo 99 de la ley N°. 18.046. Una vez dictada la resolución que cancela el registro, las instituciones fusionadas deberán notificar de este hecho a los afiliados mediante carta certificada expedida dentro del plazo de 10 días hábiles, contados desde la fecha de cancelación del registro.

Los afiliados de las isapres fusionadas tendrán derecho a desahuciar sus contratos sin expresión de causa dentro de los seis meses posteriores a la fusión y si nada dicen dentro del plazo señalado, regirá a su respecto lo dispuesto en el artículo 38 inciso segundo de esta ley. En el mismo plazo, también podrán desahuciar sus contratos los afiliados de isapres que se dividan o transformen o, tratándose de sociedades anónimas, cambie el accionista controlador o grupo controlador. La Superintendencia determinará los mecanismos para informar a los afiliados de tales modificaciones.

### **Impactos**

Con esta normativa se regula el proceso de cancelación de registro y se establecen las condiciones que deben garantizarse a los beneficiarios y sus derechos una vez traspasados a una nueva isapre, evitándose los problemas vividos en fusiones anteriores en que los beneficiarios no tenían derechos explícitos.

## **8 Beneficios por Fallecimiento del Cotizante y Cambio de Condición de las Cargas**

### **Problema**

En la actualidad la ley de isapres no garantiza a las cargas la posibilidad de mantenerse en su isapre a la muerte del cotizante, esto se debe a que el contrato termina al fallecer el cotizante. Cabe señalar que si alguna de las cargas quisiera seguir con su plan tendría que cambiar de condición y pasar a ser cotizante.

Por otra parte, en caso de existir una pensión, habría que solicitarla pudiendo transcurrir algunos meses antes de su obtención y, por lo tanto, en este lapso, el pensionado podría haber quedado sin protección en salud. Lo anterior describe la desprotección en la que quedan las cargas al fallecer el cotizante y obliga a plantear una solución al problema.

Lo mismo ocurre actualmente cuando una carga pasa a ser cotizante, la isapre no está obligada a recibirla y podría exigirle una nueva declaración de salud, imponiéndole restricciones.

### **Propuesta**

A través de la inclusión del artículo 41 bis, si hubiera transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la isapre estará obligada a mantener, por un período no inferior a un año contado desde el fallecimiento del cotizante todos los beneficios del contrato de salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento.

El beneficio establecido en este artículo se sujetará a las siguientes reglas:

1.- Cuando corresponda, las Instituciones de Salud Previsional tendrán derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios señalados en el inciso primero, durante el período en que rija el beneficio dispuesto en este artículo.

2.- Terminada la vigencia del beneficio, la Institución estará obligada a ofrecer al beneficiario el mismo plan de salud, debiendo éste pagar el valor que resulte de multiplicar el precio base del plan por el factor que corresponda a su sexo y edad.

Si el beneficiario no desea mantener el mismo plan, la isapre deberá ofrecerle otro plan de salud en actual comercialización cuyo precio se ajuste al monto que por él se enteraba en la Institución, de acuerdo a la tabla de factores vigente en el plan de salud del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente el beneficiario.

3.- En los contratos de salud que se suscriban en virtud de esta disposición no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones que las que se encontraban vigentes en el contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Institución, ni exigirse una nueva declaración de salud.

Las personas indicadas en el inciso primero de este artículo podrán renunciar al beneficio allí establecido, sin perjuicio de ejercer, en tal evento, la facultad que otorga el segundo párrafo del numeral 2 del inciso precedente.

Asimismo, tanto para el caso precedente de muerte del cotizante, como en el caso en que las cargas cambian su condición y pasan a ser cotizantes, la propuesta de cambio legal establece que la isapre, en ningún caso, podrá exigir nuevas declaraciones de salud ni imponer restricciones, ni exclusiones de ningún tipo, considerando que se trata de beneficiarios antiguos que sólo han cambiado su condición.

### **Impactos**

Se analizaron las carteras de las cinco isapres más grandes durante el 2004, que representaban el 86,5% del mercado en términos de beneficiarios, para determinar que entre éstas murieron 1.357 cotizantes, de ellos 760 tenían cargas, las que sumaron un total de 1.393. Estas últimas se habrían visto beneficiadas con una normativa como la propuesta. Cabe señalar que el 69% de las cargas cuyo cotizante falleció eran mujeres y un 49% éstas mismas eran menores de 24 años.

En cuanto a las cargas que cambiaron su condición durante 2004, se pudo constatar que, de las 395.182 cargas mayores de 24 años en diciembre de 2003, habrían 330.080 que permanecieron como tales a diciembre de 2004, sin embargo, 17.106 pasaron a ser cotizantes, de éstos últimos un 83% pasaron a ser dependientes y 9% pasaron a ser pensionados. Asimismo, hay que destacar que de las 17.106 cargas que pasaron a ser cotizantes, un 67% eran mujeres.

## **9 Regular y Supervisar a los Agentes de Ventas**

### **Problema**

El agente de venta es un ente fundamental en la orientación del potencial cotizante en el momento de la contratación de un plan de salud. De él depende que el afiliado reciba toda la información necesaria para una buena elección del plan.

Por otro lado, se ha constatado que en ocasiones una asesoría deficiente en esta materia puede determinar incluso el término del contrato del afiliado, por ejemplo, cuando el agente de ventas, por

conseguir una rápida aprobación en la isapre del posible contratante, le sugiere no declarar sus enfermedades preexistentes.

Es por lo tanto muy necesario exigir una determinada calidad en la capacitación de esta fuerza de ventas, con un control permanente sobre sus acciones, de forma de garantizar un mayor grado de satisfacción de los beneficiarios, tanto en la contratación del plan como en los servicios posteriores de modificación o término de contrato.

### **Propuesta**

Se propone reconocer la función del Agente de Ventas manteniendo un registro de los mismos, fiscalizando el ejercicio de sus funciones y su idoneidad para el cargo de acuerdo con las condiciones para pertenecer a dicho registro definidas en el artículo 42 bis y a la obligación de las isapres de acreditar el cumplimiento de éstas.

El incumplimiento por parte de los agentes de ventas de las obligaciones que les impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes que pronuncie la Superintendencia, será sancionado por ésta con censura, multa de hasta 15 unidades tributarias mensuales o cancelación de su inscripción en el registro. El no pago de la multa habilitará a la Superintendencia para cancelar el registro. Asimismo, quedará prohibido para un agente pertenecer a dos o más isapres, salvo autorización expresa de la Superintendencia.

### **Impactos**

Cabe señalar que al 31 de diciembre de 2004, el registro de los agentes de ventas que mantenía la SIS contabilizaba un total de 5.122 agentes, de ellos se recibieron 61 quejas durante ese mismo año, por irregularidades en su actuar, solicitándose la cancelación de su registro. Sin embargo, sólo se sancionaron 5 de esos casos, es decir sólo el 8% de las quejas terminó en la cancelación del registro al agente, de ellos 4 fueron por falsificación de firmas y 1 por adulteración de información.

Asimismo, en los reclamos a nivel nacional se encuentran algunas causas que tienen que ver con el actuar de los agentes de ventas. Se encontró que en 234 casos el beneficiario alegó la mala información, desorientación u omisión del agente de ventas, lo que representa el 2,2% de los reclamos administrativos a nivel nacional.

Aún cuando la situación no parece tan alarmante, con la normativa actual habrá una mejor fiscalización de la calidad de los agentes, que permitirá evitar estos casos sancionados e incluso las quejas recibidas.

## **10 Aumento del Tope de las Multas**

### **Problema**

El régimen de sanciones vigente en la actualidad resulta insuficiente para generar un efecto disuasivo en el sistema en general y en cada entidad fiscalizada en particular, ya que la experiencia ha demostrado que la aplicación de la sanción de máxima envergadura no constituye un desincentivo relevante, que evite que las isapres incurran en conductas infraccionales.

### **Propuesta**

Para fortalecer la capacidad de supervigilancia y control, se propone aumentar el monto máximo de las multas aplicables con el fin de disminuir la predisposición de las empresas a incumplir las obligaciones establecidas para con la industria. Esto significará aumentar el límite máximo a 1.000 UF, así como en el caso de infracciones reiteradas de una misma naturaleza, aplicarse una multa de hasta cuatro veces el monto máximo.



## Impactos

Cabe señalar que en los últimos diez años las multas efectivamente ejecutoriadas por 500UF fueron 12. Los años donde más hubo casos fueron los de 1998 y 2002, con cuatro y tres casos respectivamente, por lo que se puede concluir que no es muy frecuente sanciones de esta magnitud.

Por lo tanto esta facultad entregará una opción para diferenciar algunos casos, muy eventuales, permitiendo asociar mejor la pena a la infracción. Asimismo, el monto de la multa debe ser lo suficiente para desincentivar la infracción evitando que para la isapre sea rentable seguir infringiendo la ley.

| <b>SANCIONES APLICADAS A LAS ISAPRES<br/>CON MONTO EJECUTORIADO POR 500 U.F.<br/>PERÍODO : 1995 - 2004</b> |                         |                      |   |
|--|-------------------------|----------------------|---|
| <b>N° de Resolución</b>  | <b>Fecha Resolución</b> | <b>Nombre Isapre</b> | <b>Materia de la Sanción</b>  |
| 968  | 02.08.96                | Master Salud         | Irregularidades en Estados de Resultados presentados a la Superintendencia                        |
| 149  | 29.01.98                | Banmédica            | Irregularidades procedimiento de suscripción de contratos ( No entregar selección prestaciones ). |
| 151  | 29.01.98                | Unimed               | Irregularidades procedimiento de suscripción de contratos ( No entregar selección prestaciones ). |
| 152  | 29.01.98                | Master Salud         | Irregularidades procedimiento de suscripción de contratos ( No entregar selección prestaciones ). |
| 1935   | 01.12.98                | Cruz Blanca          | Utilización de formulario interno, distinto de la declaración de salud.                           |
| 935  | 29.06.00                | Consalud             | Infracciones en procedimiento de tramitación de licencias médicas y pago S.I.L.                   |
| 1047   | 16.07.02                | Vida Tres            | Irregularidades en procedimiento aplicado para las bonificaciones                                 |
| 1389   | 04.09.02                | Banmédica            | Bloqueo de beneficios para afiliados que tenían deudas de cotizaciones.                           |
| 2290   | 31.12.02                | Vida Tres            | Irregularidades en registro y regularización de las cotizaciones percibidas en excesos.           |
| 189  | 20.03.03                | Vida Plena           | Irregularidades traspaso de fondos a Inverlink Capitales  |
| 232  | 04.04.03                | Vida Plena           | Incumplimiento obligación pago reembolsos y S.I.L.  |
| 1340   | 13.09.04                | Sfera                | Procedimientos que lesionan derechos de los cotizantes  |

## 11 Integración Vertical y Normas Relativas a la Modalidad de Atención con Prestadores Preferentes

### Problema

El incremento de los costos en el sector ha determinado que los aseguradores quieran maximizar la eficiencia en la entrega de los servicios médicos, lo que ha llevado a que éstos, o los respectivos holdings propietarios de las isapres, se integren verticalmente hacia adelante, comprando clínicas y hospitales de forma de poseer suficiente información sobre el proceso productivo que les permita reducir los costos.

| Inversiones Permanentes en Otras Sociedades<br>al 30 de junio de 2004<br>cifras en millones de pesos |             |                         |                    |                        |                                    |                                |
|--|-------------|-------------------------|--------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| Codigo   | Isapre      | Inversiones permanentes | % del total activo | % del total patrimonio | Utilidad o pérdida por inversiones | % del resultado no operacional |
| 57   | Promepart   | 1.865                   | 9,5%               | 68,7%                  | -18                                | 11,0%                          |
| 67   | Colmena     | 328                     | 1,1%               | 2,2%                   | 21                                 | 4,8%                           |
| 99   | Banmédica   | 2.303                   | 5,8%               | 14,2%                  | -73                                | 427,3%                         |
| 104  | Sfera       | 6                       | 0,5%               | 1,1%                   | -3                                 | -10,5%                         |
| 107  | Consalud    | 451                     | 1,5%               | 3,5%                   | 415                                | 90,8%                          |
| 63   | El Teniente | 1.510                   | 9,1%               | 140,3%                 | -95                                | 4,2%                           |
| Sub-Total  |             | 6.464                   | 4,7%               | 13,4%                  | 248                                | -16,4%                         |
| Total sistema  |             | 6.464                   | 2,6%               | 7,2%                   | -272                               | 55,2%                          |

Como se aprecia en el cuadro anterior en algunas isapres como El Teniente, Promepart y Banmédica, el tema de las inversiones permanentes en clínicas y otros, tiene mayor relevancia, en el resto de las isapres, estas inversiones no superan el 5% del patrimonio.

En nuestro sistema, la integración vertical se ha dado preferentemente en el nivel primario de atención ya que de esta forma las isapres han podido influir en el uso de las prestaciones; en cambio en el nivel secundario ha sido más fácil negociar y establecer convenios y contratos entre aseguradores y proveedores lo que implica una menor presión por integrarse a este nivel. Estos acuerdos son suficientes para garantizar la contención de los costos y en algunos casos permitir una reducción de éstos.

Las atribuciones que la ley le otorgó originalmente a la SIS no consideraban, entre otras, aquellas requeridas por el marco actual en que se desarrolla la industria, esto es, la tendencia hacia la integración vertical de las isapres con el sector prestador, donde el asegurador orienta la atención de sus beneficiarios a determinados prestadores de salud preferentes o cerrados. En este nuevo escenario, no previsto expresamente al dictarse la Ley N°18.933, la efectiva protección de los derechos de los usuarios requiere que en la configuración de los contratos de salud, las instituciones se ajusten a ciertas normas especiales, que consideren las particularidades de dichos productos. A su vez, exige que la SIS amplíe sus atribuciones y cuente con nuevas competencias, relacionadas con materias que atañen o afectan a los prestadores de servicios de salud, tales como: las modalidades de pago de las prestaciones contratadas por las isapres y la calidad de dichas atenciones.

Adicionalmente, la creación del AUGE, cobertura que se entregaría preferentemente a través de redes cerradas de prestadores de servicios de salud, viene a reforzar la necesidad de la SIS de contar con las atribuciones necesarias para establecer los requisitos que las isapres deben considerar al momento de generar sus convenios y/o eventuales procesos de integración con los proveedores.

### Propuesta

Se requiere separar las funciones al interior de las isapres, estableciéndose rol asegurador exclusivamente, en consideración a que la integración de las funciones de prestador de servicios y la de asegurador llevan a precios no competitivos y a los problemas de falta de competencia en general, estableciéndose un nivel en la calidad en los servicios médicos que no necesariamente es el mejor.

En virtud de lo anterior se propone lo siguiente:

- Las isapres tendrán por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la



administración de prestadores, sea directamente o a través del nombramiento de directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales.

- La Superintendencia tendrá facultades para fiscalizar los convenios que se suscriban entre los prestadores de salud y las isapres, correspondiéndole especialmente velar por que la aplicación práctica de los contratos celebrados entre los prestadores de salud y las isapres no afecte los beneficios a que tienen derecho el afiliado o sus beneficiarios.

Considerando que existen casos de isapres en que el problema de integración de funciones es más severo (como en EL Teniente) la ley se pone en estos casos y otorga un año para efectuar la separación efectiva de las funciones.

### **Impactos**

Se regula la separación de funciones entre aseguradores y prestadores, estableciéndose por objeto exclusivo de las isapres el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades afines. Sin embargo, esta normativa no debería ser de gran impacto, en tanto no prevé que las isapres en general no están integradas directamente con los prestadores, sino que es un holding el que controla tanto al asegurador como al prestador, por lo que la integración en la industria se da a este nivel.

## **12 Modalidad de Otorgamiento de los Beneficios**

### **Problema**

En la actualidad no existen reglas claras respecto a los derechos y deberes de los afiliados ni tampoco de las isapres cuando ofrezcan modalidades distintas a la libre elección. Se requiere definir los términos en los cuales se debe basar la entrega de la cobertura por modalidad de prestadores preferentes y cerrados.

### **Propuesta**

El Plan de Salud complementario podrá contener una o más de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones o beneficios:

A.- Plan libre elección: aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario sin intervención de la isapre. Para efectos del otorgamiento de las prestaciones de salud en la modalidad de libre elección cuya cobertura financiera se efectúe por la vía del reembolso, los prestadores no podrán ser obligados a celebrar convenios con la isapre ni a adscribirse a ésta.

B.- Plan cerrado: aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección. Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, en cuyo caso tendrá derecho a la cobertura financiera que, como mínimo, debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

C.- Plan con prestadores preferentes: aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de ciertos beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

Los planes cerrados y los planes con prestadores preferentes se sujetarán a las siguientes reglas:

1.- Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores

institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias.

Asimismo, la isapre deberá identificar en el plan a los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia.

Se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, cuando se encuentran imposibilitados de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada o preferente.

2.- En caso de prestaciones que se otorguen en virtud de la derivación a que alude el numeral precedente, el monto del copago del afiliado no podrá ser superior al que le habría correspondido si hubiera sido atendido por el prestador de la red. Cualquier diferencia será financiada por la Institución de Salud Previsional.

Las Instituciones de Salud Previsional no podrán excepcionarse de la responsabilidad que para ellas emana de los contratos de salud en lo que se refiere a acceso, oportunidad y cobertura financiera, atribuyéndosela a los prestadores.

3.- En los planes con prestadores preferentes, la modalidad de libre elección sólo opera en caso de que el beneficiario opte voluntariamente por ella y no puede, en consecuencia, ser utilizada por la isapre para suplir las insuficiencias del prestador individualizado en la oferta preferente del plan.

4.- Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ellos.

Asimismo, se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia, haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero de este numeral, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las siguientes reglas:

a.- Corresponderá al médico tratante en el establecimiento determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.

b.- Si el paciente o sus familiares deciden el traslado a un prestador que forme parte de la oferta cerrada o preferente, accederán a la cobertura prevista en el plan, desde el momento del traslado. Si, por el contrario, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento o por el traslado a otro que no forme parte de la oferta cerrada o preferente, no podrán requerir la cobertura prevista en el plan cerrado o preferente;

En todos estos casos, para resolver discrepancias, se aplicará el procedimiento previsto en el inciso final del artículo 9º de la ley N° 19.966.

5.- El término del convenio entre la isapre y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan

contratado, corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas, hasta el cumplimiento de la respectiva anualidad.

Al cumplirse dicha anualidad la isapre podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél. Tanto la adecuación del plan como los planes alternativos que la institución ofrezca al cotizante podrán contemplar el otorgamiento de beneficios por un prestador distinto de aquel identificado en el plan vigente antes de la adecuación.

### **Impactos**

Se establecen reglas claras para beneficiarios y para las isapres cuando se adscriben u otorgan una modalidad diferente a la libre elección.

## **13 Normas sobre Integridad**

### **Problema**

Previendo que en el futuro se vuelvan a repetir situaciones como las vividas con Vida Plena, en la que se puso en duda la integridad de sus accionistas se debe crear una normativa que defina cuales son los requisitos para poseer y/o para administrar una isapre.

### **Propuesta**

La isapre deberá:

- a) Informar a la Superintendencia la identidad de los socios, accionistas y sus controladores, siempre que posean una participación igual o superior al 10% del capital o tengan la capacidad de elegir a lo menos a un miembro del directorio, y
- b) Acreditar que sus socios, accionistas y controladores no se encuentran en alguna de las situaciones previstas en el artículo 24 bis de esta ley.

Además, a continuación del artículo 24, se agrega el siguiente artículo 24 bis en el cual se dejan establecidas las condiciones que la administración no puede tener:

No podrán ser directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una Institución d Salud Previsional, las siguientes personas:

- 1.- Los que hayan sido condenados por algún delito que merezca pena aflictiva, hasta el cumplimiento de la condena;
- 2.- Los fallidos no rehabilitados o quienes tengan prohibición o incapacidad de comerciar, y
- 3.- Los que, dentro de los cinco años precedentes al nombramiento, hayan sido directores, gerentes, administradores, apoderados o representantes legales de una persona jurídica sancionada por alguna Superintendencia con la revocación de su autorización de existencia, encontrándose dicha revocación a firme, a no ser que hayan salvado su responsabilidad en la forma que prescriba la ley.

### **Impactos**

Se definen estándares éticos mínimos para ser parte de la administración de las isapres evitándose problemas como los vividos con Vida Plena.

## 14 Causales de Término del Contrato

### Problema

La ley de isapres actualmente vigente no define las causales de término de contrato por lo que se hace indispensable regular la jurisprudencia acumulada a lo largo de los años, para definir clara y objetivamente cuales son las causales de término del contrato.

### Propuesta

La institución sólo podrá poner término al contrato de salud cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1.- Falsar o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 33 bis, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la isapre demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

La facultad de la isapre de poner término al contrato de salud, se entiende sin perjuicio de su derecho a aplicar la exclusión de cobertura de las prestaciones originadas por las enfermedades preexistentes no declaradas.

2.- No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes voluntarios e independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Para ejercer esta facultad, será indispensable haber comunicado el no pago de la cotización.

3.- Obtener indebidamente o impetrar formalmente, para él o alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al contrato.

4.- Omitir maliciosamente del contrato a algún familiar beneficiario con el fin de perjudicar a la isapre.

El derecho de la isapre a poner término al contrato caducará si han transcurrido más de 90 días contados desde que toma conocimiento de la causal de término. Para estos efectos, en el caso de las enfermedades preexistentes, el plazo se contará desde el momento que la isapre haya recibido los antecedentes clínicos que demuestren el carácter preexistente de la patología; en el caso del no pago de la cotización, desde los treinta días siguientes a la fecha en que comunicó la deuda; en cuanto a la obtención indebida de beneficios, desde que a la isapre le conste dicho acto; y la omisión de un familiar beneficiario, desde que la isapre tome conocimiento de ella.

### Impactos

Con esta normativa se evitarán un número considerable de reclamos y causas que se generaban al no existir una normativa que estableciera claramente los incumplimientos del beneficiario que daban origen al término de contrato. Se evita con esto que cada isapre disponga a su manera cuando se termina un contrato y en cierto grado se evita también la desinformación del beneficiario a este respecto.

## 15 Ampliación del Plazo de Carencia para Preexistencias Declaradas

### Problema

Cuando una persona en el grupo familiar tiene una preexistencia, muchas veces impide a todo el grupo la posibilidad de ingresar a una isapre. En otros casos, incluso declarando la preexistencia la carencia de 18 meses para su cobertura es muy poca para la isapre, lo que en definitiva determina la exclusión de esa persona del sistema privado e incluso de todo su grupo familiar. Una carencia mayor, aumenta la probabilidad de que preexistencia con tratamientos costosos, sean aceptadas en el sistema.

### Propuesta

En el caso de enfermedades preexistentes declaradas, el futuro afiliado podrá en casos calificados solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales en Salud, que la Institución le otorgue para dichas patologías, la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección de la ley N° 18.469 por dieciocho meses más. Lo anterior, con la finalidad de ser aceptado en la respectiva Isapre. La Superintendencia regulará, mediante instrucciones de general aplicación, la operación de lo dispuesto en este inciso.

### Impactos

Se podrán incorporar a las isapres personas que antes no era posible afiliarla, ya sea por tener preexistencias muy costosas ellos o alguno de los integrantes del grupo familiar.

## 16 Exclusiones

### Problema

Existe en la actualidad deficiente regulación respecto a las exclusiones y preexistencias, que pueden contener los contratos de salud del sistema isapres, existiendo interpretaciones diversas respecto a estas. Además de prestaciones excluidas de cobertura aun cuando su uso representaría cuando mucho igual gasto para la isapre y mayor efectividad.

### Propuesta

Se define:

- un listado de exclusiones comunes a todas las isapres, excepto que se exprese lo contrario en el contrato,
- cobertura de preexistencias no declaradas cuando la omisión se debe a justa causa de error o cuando han pasado más de 5 años, sin requerir prestaciones para las patologías preexistentes,
- homologación por orden de la SIS en casos excepcionales y para prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En ningún caso, ésta puede dar origen a un costo para la isapre mayor que el realizado por la prestación homologada.

En el artículo 33 bis se pretende ordenar el tema de las exclusiones de cobertura financiera del plan complementario de salud, que salvo acuerdo expreso en contrario, serán las siguientes prestaciones:

1. Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. No se considerará con fines de embellecimiento, la cirugía plástica que tenga una finalidad curativa o reparadora.
2. Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el arancel de prestaciones de la Modalidad de Libre Elección de FONASA.

3. Hospitalización con fines de reposo.
4. Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la isapre deberá cobrar el seguro de accidentes del tránsito directamente en la Compañía de Seguros correspondiente.
5. Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.
6. Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, salvo que se acredite justa causa de error. Para los efectos de esta ley, se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Tales antecedentes de salud deberán ser registrados fidedignamente por el afiliado en un documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la isapre.

La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso y formará parte esencial del contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre estará obligada a concurrir al pago de prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de cinco años, contado desde la suscripción del contrato o desde la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente. En estos casos, tampoco procederá la terminación del contrato de salud.

Se presumirá la mala fe si la isapre probare que la patología o condición de salud preexistente requirió atención médica durante los antedichos cinco años y el afiliado a sabiendas la ocultó a fin de favorecerse de esta disposición legal y facultará a la isapre para poner término al contrato.

7. Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional.
8. Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el arancel Fonasa. Sin consentimiento de la isapre, no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia lo ordene en casos excepcionales y siempre que se trate de prestaciones en que exista evidencia científica de su efectividad. En tales casos, el costo de la prestación para la Institución no podrá ser superior al que habría correspondido por la prestación a la cual se homologa.

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las correspondientes al embarazo y a enfermedades preexistentes, en los términos señalados en el artículo 33, letra f).”.

### **Impactos**

Cabe señalar que del total de reclamos recibidos por la SIS, un 85% lo constituyen los reclamos administrativos y de ellos un 13,1% en 2004 fueron a causa de preexistencias o prestaciones no

aranceladas que representaban negativas de cobertura por parte de la isapre. Este tema es año tras año muy relevante como lo muestra el cuadro siguiente:

| Reclamos administrativos                               |      |                                       |      |                                       |
|--|------|---------------------------------------|------|---------------------------------------|
|  | 2003 | Participación en el total de reclamos | 2004 | Participación en el total de reclamos |
| Negativa o restricción de cobertura por preexistencias | 447  | 5,7%                                  | 547  | 6,0%                                  |
| Negativa de cobertura por prestación no arancelada     | 271  | 3,5%                                  | 646  | 7,1%                                  |

La normativa propuesta debería permitir reducir estos reclamos a casos más eventuales.

## 17 Fondo de Compensación entre Isapres

### Problema

El Fondo de Compensación Solidario (FCS) se establece como una herramienta de compensación que incorpora a los beneficiarios de las isapres abiertas y aquellas con 50% más uno de sus cotizantes no dependientes de una misma empresa. Su objetivo es equalizar los riesgos en salud que se derivan de las diferencias de edad y sexo en la población beneficiaria, es una herramienta que permite financiar en forma colectiva el costo de los planes de salud individuales, buscando neutralizar el efecto de las diferentes estructuras de morbilidad existentes entre los beneficiarios respecto de un plan de salud estándar<sup>4</sup>.

Desde esta perspectiva, el FCS tiene como objetivo disminuir la discriminación por precios, la selección por riesgo y el descreme del mercado por parte de las aseguradoras, al introducir elementos de solidaridad que permiten compartir el riesgo financiero que representan las poblaciones que generan un mayor gasto en salud, específicamente, los adultos mayores y las mujeres en edad fértil. El mecanismo de compensación opera sobre la base de las diferencias entre una prima universal y una prima ajustada por riesgo. De esta forma, todos los beneficiarios realizan un aporte equivalente al FCS (prima universal) y reciben de éste una contribución diferente calculada en función de su gasto individual en salud (prima ajustada por riesgo).

Es claro que la necesidad de distribuir los riesgos está asociada a la necesidad de recibir subsidios para poder financiar el acceso a los servicios de salud. La agregación de recursos en un Fondo permite que se lleve a cabo este proceso de distribución del riesgo financiero entre todos los miembros, a través de subsidios cruzados desde los que presentan un bajo riesgo de enfermar hacia los que presentan un alto riesgo de enfermar.

La existencia de un Fondo de Compensación podría permitir, en el tiempo, homogenizar los riesgos en salud de las distintas carteras de las isapres, es decir, igualar tanto la distribución de la cartera por edad y género así como entre sanos y enfermos.

Finalmente, con este mecanismo se garantizaría a la población potencialmente beneficiaria de isapre la eliminación de preexistencias asociadas a los problemas de salud incorporados en el RGS, como condición de ingreso al sistema isapres.

### Propuesta

El Fondo de Compensación Solidario entre isapres abiertas y aquellas con 50% más uno de sus cotizantes no dependientes de una misma empresa y aquellas con 50% más uno de sus cotizantes no dependientes de una misma empresa queda definido en forma muy general en la

<sup>4</sup> Para que el FCS pueda operar se requiere que los planes de salud individuales sean idénticos. En el caso chileno, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) constituye el plan estándar garantizado para toda la población beneficiaria.



ley, estableciéndose que tiene por finalidad solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de dichas instituciones, con relación a las prestaciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud. Se establece asimismo que este fondo será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

El referido Fondo no será aplicable a las Instituciones a que se refiere el inciso final del artículo 39 o cuya cartera esté mayoritariamente conformada por trabajadores y ex trabajadores de la empresa o institución que constituyó la Institución de Salud Previsional, y será supervigilado y regulado por la Superintendencia.

El FCS compensará entre sí a las isapres abiertas y aquellas con 50% más uno de sus cotizantes no dependientes de una misma empresa y aquellas con 50% más uno de sus cotizantes no dependientes de una misma empresa por la diferencia entre la prima comunitaria que se determine para las Garantías Explícitas en Salud y la prima ajustada por riesgos que corresponda, las que se determinarán conforme a un Reglamento, que será expedido a través del Ministerio de Salud y deberá llevar la firma, además, del Ministro de Hacienda.

Para el cálculo de la prima ajustada por riesgos, sólo se considerarán las variables de sexo y edad. Las primas serán puestas en conocimiento de las isapres para que, dentro del quinto día siguiente, manifiesten sus observaciones. Si nada dicen, se entenderán aceptadas. Si alguna de ellas formulare observaciones, la Superintendencia deberá evacuar su parecer. De mantenerse la discrepancia, una comisión de tres miembros resolverá la disputa sin ulterior recurso. La comisión estará integrada por un representante de la Superintendencia de Salud, un representante de las isapres, designado en la forma que señale el Reglamento, y un perito designado por sorteo de una nómina de cuatro que se confeccionará con dos personas designadas por la referida Superintendencia y dos por las Isapres. La comisión deberá resolver dentro de los 15 días siguientes a su constitución. Los honorarios del perito serán de cargo de las Isapres en partes iguales.

La Superintendencia determinará el o los montos efectivos de compensación para cada isapre. Las Instituciones de Salud Previsional efectuarán entre sí los traspasos que correspondan a las compensaciones que determine la Superintendencia de Salud, en el plazo y mediante el procedimiento que ésta determine. La Superintendencia fiscalizará el cumplimiento por parte de las isapres de estas.

En caso que alguna isapre no efectúe la compensación en la oportunidad que corresponda o ésta sea menor a la determinada por la superintendencia, dicho organismo, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan, la hará con cargo a la garantía. En este caso, la isapre estará obligada a reponer el monto de la garantía dentro del plazo de 20 días y si no lo hiciere, se aplicará el régimen de supervigilancia.

Las isapres deberán enviar a la superintendencia la información necesaria para calcular los pagos y compensaciones indicados, conforme a las instrucciones de general aplicación que ésta emita.

### **Impactos**

Para medir los impactos del fondo en cuanto a transferencias de recursos, se utilizó la siguiente metodología:

1. Tabla de GES: estimada por la Comisión de Reforma para las 56 prioridades.
2. Prima GES: 2,14 uf (equivale a 3,06 uf ajustado por riesgo de isapres abiertas y por % de cobertura).
3. Riesgo promedio: suma del número de beneficiarios en cada cuadrante (sexo, edad), ponderada por su valor en la tabla de factores GES dividido por el total de beneficiarios de la isapre.



4. Población: isapres abiertas a diciembre de 2004<sup>5</sup>
5. Análisis estático: no considera efectos dinámicos del Fondo.

Los resultados fueron los siguientes:

### Transferencias de Recursos

|                                | RIESGO<br>RELATIVO | TRANSFERENCIA NETA (MM\$) |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Promepart                      | 0,864              | -30                       |
| Colmena Golden Cross           | 0,910              | 509                       |
| Normédica                      | 0,818              | -106                      |
| ING Salud                      | 0,857              | -291                      |
| Vida Tres                      | 0,918              | 236                       |
| Masvida                        | 0,849              | -154                      |
| Banmédica                      | 0,875              | 61                        |
| Sfera                          | 0,784              | -118                      |
| Consalud                       | 0,867              | -107                      |
| <b>Total Isapres Abiertas</b>  | <b>0,87151</b>     | <b>0</b>                  |
| <b>Transferencias MM\$ año</b> |                    | <b>806</b>                |

Respecto a los impactos del fondo en los cotizantes con riesgo de abandonar el Sistema Isapre, se usó la siguiente metodología:

- Evaluación caso a caso, comparando la cotización pactada con los costos esperados del plan obligatorio de salud para el afiliado y sus cargas.
- Evaluación a partir de una muestra de cotizantes con información sobre cotización pactada, que representa un 85% de la cartera.
- Fuente: Archivo Maestro de Beneficiarios SIS de diciembre de 2004<sup>6</sup>.

Así, la condición de riesgo para migrar del Sistema está dada por la siguiente ecuación<sup>7</sup>:

$$\text{Cotización} < \text{Prima GES} + \text{CMLE} + \text{SIL} + \text{GAV} + \text{UT}$$

Los supuestos utilizados en esta simulación son los siguientes:

1. La prima mensual para el GES con 56 prioridades asciende a \$3.094 mensual.
2. La CMLE corresponde a un valor distinto por beneficiario, determinado a partir de una tabla de factores de riesgo promedio (\$989 mensual para hombre 30 años).
3. El gasto mensual en SIL se estimó como un porcentaje de las cotizaciones legales, un 29,4% para mujeres y un 14,5% para hombres (base año 2003).
4. Los Gastos de Administración y Ventas representan un 14,4% de los ingresos operacionales mensuales (base año 2003).
5. Las Utilidades (UT) representan un 3,3% de los ingresos operacionales mensuales (base año 2003).

La evaluación caso a caso, permitió definir las poblaciones más favorecidas y más afectadas negativamente, determinando el monto del aporte o recepción neta al Fondo conforme al riesgo, propio y de sus cargas, expresado como proporción de sus cotizaciones para salud.

<sup>5</sup> En un análisis posterior se incluirán las isapres Ferrosalud y Fusat que siendo cerradas, participarán del Fondo debido a que más del 50% de sus carteras no son empleados de las empresas que originaron estas isapres.

<sup>6</sup> En un análisis posterior se incluirán las isapres Ferrosalud y Fusat que siendo cerradas, participarán del Fondo debido a que más del 50% de sus carteras no son empleados de las empresas que originaron estas isapres.

<sup>7</sup> La condición establecida para determinar los cotizantes en riesgo de abandonar el Sistema Isapre, es estricta, es decir, se considera en riesgo de abandono a todo aquel cotizante que con su cotización pactada no alcance a financiar el plan estándar de salud, aunque la diferencia sea de un peso.

Se definió que serían:

- Favorecidos: aquellos cotizantes cuya recepción desde el fondo representa más de 5% de su cotización pactada.
- Afectados: aquellos cotizantes cuyo aporte al fondo representa más de 5% de su cotización pactada.

La evaluación se hizo a partir de una muestra de cotizantes con información sobre cotización pactada, que representa un 85% de la cartera. Se tomó como fuente de datos el Archivo Maestro de Beneficiarios SIS de diciembre de 2003.

#### AFECTADOS: Implicancias (56 prioridades)

| ISAPRES                       | FONDO INTERISAPRES PRIMA ISAPRE |                |               |                | FONDO INTRISAPRES PRIMA PAREJA |                |               |                |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------------------------|----------------|---------------|----------------|
|                               | COTIZANTES                      |                | BENEFICIARIOS |                | COTIZANTES                     |                | BENEFICIARIOS |                |
|                               | %                               | N°             | %             | N°             | %                              | N°             | %             | N°             |
| Promepart                     | 41,1%                           | 29.194         | 38,1%         | 43.330         | 40,3%                          | 28.583         | 37,0%         | 42.097         |
| Colmena                       | 9,5%                            | 15.433         | 13,0%         | 46.360         | 12,5%                          | 20.351         | 17,2%         | 61.589         |
| Normédica                     | 23,1%                           | 5.164          | 26,8%         | 14.354         | 15,8%                          | 3.530          | 17,6%         | 9.452          |
| ING Salud                     | 18,3%                           | 48.790         | 19,5%         | 108.226        | 16,9%                          | 45.077         | 17,8%         | 98.418         |
| Vida Tres                     | 8,7%                            | 5.805          | 10,4%         | 14.121         | 11,9%                          | 7.946          | 14,7%         | 20.088         |
| Másvida                       | 11,3%                           | 10.076         | 15,1%         | 27.767         | 9,4%                           | 8.348          | 12,4%         | 22.741         |
| Banmédica                     | 17,8%                           | 41.233         | 18,6%         | 92.627         | 18,1%                          | 42.040         | 19,1%         | 94.897         |
| Sfera S.A.                    | 41,6%                           | 8.536          | 45,1%         | 16.498         | 28,1%                          | 5.771          | 29,0%         | 10.613         |
| Consalud                      | 21,8%                           | 52.952         | 24,3%         | 144.133        | 21,2%                          | 51.439         | 23,5%         | 139.555        |
| <b>TOTAL ISAPRES ABIERTAS</b> | <b>18,2%</b>                    | <b>213.545</b> | <b>20,0%</b>  | <b>504.602</b> | <b>17,9%</b>                   | <b>210.080</b> | <b>19,7%</b>  | <b>497.051</b> |

#### FAVORECIDOS: Implicancias (56 prioridades)

| ISAPRES                       | FONDO INTERISAPRES PRIMA ISAPRE |                |               |                | FONDO INTRISAPRES PRIMA PAREJA |                |               |                |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------|----------------|--------------------------------|----------------|---------------|----------------|
|                               | COTIZANTES                      |                | BENEFICIARIOS |                | COTIZANTES                     |                | BENEFICIARIOS |                |
|                               | %                               | N°             | %             | N°             | %                              | N°             | %             | N°             |
| Promepart                     | 18,9%                           | 13.450         | 17,3%         | 19.632         | 19,2%                          | 13.658         | 17,7%         | 20.114         |
| Colmena                       | 10,5%                           | 17.092         | 8,0%          | 28.648         | 9,0%                           | 14.716         | 6,7%          | 24.030         |
| Normédica                     | 9,9%                            | 2.217          | 6,8%          | 3.624          | 12,8%                          | 2.862          | 9,9%          | 5.317          |
| ING Salud                     | 11,4%                           | 30.302         | 8,4%          | 46.310         | 11,9%                          | 31.827         | 9,0%          | 49.637         |
| Vida Tres                     | 8,2%                            | 5.476          | 6,1%          | 8.282          | 6,9%                           | 4.614          | 5,0%          | 6.766          |
| Másvida                       | 9,6%                            | 8.526          | 6,9%          | 12.770         | 10,6%                          | 9.408          | 7,8%          | 14.419         |
| Banmédica                     | 12,2%                           | 28.241         | 8,9%          | 44.270         | 12,1%                          | 27.950         | 8,8%          | 43.656         |
| Sfera S.A.                    | 19,9%                           | 4.077          | 15,8%         | 5.771          | 27,5%                          | 5.643          | 25,1%         | 9.189          |
| Consalud                      | 12,7%                           | 30.938         | 9,8%          | 58.090         | 12,9%                          | 31.471         | 10,0%         | 59.420         |
| <b>TOTAL ISAPRES ABIERTAS</b> | <b>11,8%</b>                    | <b>139.030</b> | <b>8,9%</b>   | <b>225.849</b> | <b>12,0%</b>                   | <b>140.451</b> | <b>9,1%</b>   | <b>230.398</b> |

### Conclusiones

- Un Fondo de Compensación reduce incentivos para la selección por riesgo y el descreme de la cartera.
- El Fondo no impone costos adicionales a los que se obtienen por la aplicación de la prima pareja por isapre (aprobada en la Ley), en términos de:
  - Número y características de los cotizantes en riesgo de abandono,
  - Número y características de los cotizantes afectados y favorecidos.